Questions de Thèse tirées au sort.

N° 114

2.

Sciences chirurgicales.

Quelles peuvent être les causes d'un travail trop prolongé dans l'accouchement; quels sont les accidents qui peuvent en résulter, et les moyens d'y remédier?

Sciences accessoires.

Donner la description de l'organisation des sangsues; des espèces ou variétés principales qu'elles présentent; indiquer les moyens de les conserver et de les multiplier.

Anatomie et physiologie.

Des propriétés des membranes muqueuses.

Sciences médicales.

Examiner si deux ou plusieurs maladies coexistantes, qui s'influencent dans leur marche et dans leurs symptômes, s'influencent également dans les altérations organiques qui les représentent.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 24 AOUT 1840,

PAR J.-J.-LOUIS ROUANET

DES FARGUES, canton d'Anglès (Tarn);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine, près la Place de la Préfecture, 10.

1840.

AU MEILLEUR DES PÈRES

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Consacrer ma vie à votre bonheur, telle est la douce obligation que m'impose le souvenir des bienfaits dont vous n'avez cessé de me combler.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

Je vous réunis ici comme vous l'êtes dans mon cœur.

A mon Ami le Docteur SÉBE.

Que ne pouvons-nous passer notre vie ensemble!

A TOUS MES AUTRES PARENTS ET AMIS.

Dans les circonstances solennelles de la vie, on aime à s'entourer de tout ce qu'on a de cher.

J.-J.-Louis ROUANET.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles peuvent être les causes d'un travail trop prolongé dans l'accouchement ; quels sont les accidents qui peuvent en résulter, et les moyens d'y remédier ?

In dolore paries filios.
Gen., cap. 3, v. 16.

PREMIÈRE PARTIE.

Causes.

PREMIÈRE SECTION.

CAUSES RELATIVES A LA MÈRE.

§ Ier. CAUSES SIÉGEANT DANS LES PARTIES DURES (BASSIN).

Afin de mieux apprécier jusqu'à quel point les difformités du bassin peuvent être nuisibles à la terminaison de l'accouchement, nous allons donner une courte description de ses dimensions naturelles.

On divise communément le bassin en grand et en petit. Le grand forme ce qu'on appelle la *marge du bassin*. Sa connaissance n'est pas d'une rigoureuse nécessité pour l'objet qui va nous occuper ; et d'ailleurs ses difformités, beaucoup plus rares que celles qu'on remarque au petit, influent bien moins sur la terminaison de l'accouchement.

Le petit bassin, qui porte aussi le nom d'*excavation*, est le seul vraiment utile à connaître. C'est dans celui-ci que se passent les phénomènes

les plus importants du mécanisme de l'accouchement ; c'est aussi vers lui et contre ses difformités que doivent être dirigés les moyens les plus puissants de l'art. Sous ce rapport, sa connaissance la plus approfondie est la plus sûre voie de remédier à tous les désordres qu'entraîne sa mauvaise conformation.

On distingue au petit bassin deux issues qui, par une disposition particulière de leurs ouvertures, ont été appelées *détroits*. Le plus intéressant à connaître communique avec le grand bassin : c'est le supérieur ou abdominal ; le second, situé au bas du bassin, répond en dehors et en bas : c'est l'inférieur ou périnéal. L'intervalle compris entre les deux détroits porte le nom d'*excavation*.

Le détroit supérieur, d'une forme légèrement ovalaire, a plus d'étendue de gauche à droite que d'avant en arrière. Les accoucheurs reconnaissent trois dimensions principales à ce détroit, qui portent plus particulièrement le nom de *diamètres*. Le premier, le plus important, s'étend de la saillie sacro-vertébrale à la partie supérieure de la symphyse du pubis ; il a ordinairement de quatre pouces à quatre pouces moins un quart d'étendue : c'est le diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien. Le deuxième, qui n'a pas une influence aussi remarquable que le premier sur le mécanisme de l'accouchement, se mesure directement de gauche à droite : c'est le diamètre transversal ou iliaque ; son étendue est ordinairement de cinq pouces. Le troisième, enfin, qui est double, se dirige obliquement de la partie postérieure de la cavité cotyloïde droite ou gauche, vers l'une des symphyses sacro-iliaques : c'est le diamètre oblique ou ischio-sacro-iliaque, qui, tenant le milieu, pour ses dimensions, entre les deux premiers, doit avoir, dans un bassin bien conformé, quatre pouces et demi d'étendue.

Le détroit inférieur n'offre que deux diamètres utiles à connaître : l'un antéro-postérieur ou pubio-coccygien, l'autre transversal ou ischiatique. Le premier n'a rigoureusement que quatre pouces ; mais par l'heureuse souplesse du coccyx et la facilité avec laquelle ce dernier peut être repoussé en arrière par la tête au moment de sa sortie, ce diamètre est susceptible d'acquérir un pouce de plus, ce qui le porte souvent à cinq pouces. Le diamètre transversal, immuable dans ses dimensions, se mesure de la

partie interne de l'une des tubérosités ischiatiques à celle du côté opposé, et doit offrir quatre pouces.

La bassin qui réunit les dimensions que nous venons d'indiquer est heureusement conformé.

Nous allons maintenant jeter un coup-d'œil rapide sur la forme et les dimensions de la tête d'un fœtus à terme.

Cette partie de l'enfant, loin d'avoir une figure parfaitement sphérique, est, au contraire, visiblement allongée d'avant en arrière, d'où résulte la différence de ses dimensions, qui portent également le nom de diamètres. Ces dimensions sont de quatre pouces et demi pour le diamètre longitudinal qui s'étend du milieu du front à l'occiput, et de cinq pouces et quart pour le diamètre oblique que l'on mesure du dernier des deux points indiqués à la symphyse du menton ; de trois pouces et demi d'une des bosses pariétales à l'autre, et d'une même étendue de la base du crâne à son sommet.

De la différence que présentent les dimensions des diamètres qui se correspondent aux deux détroits, nous devons conclure que la capacité du bassin n'est pas la même de haut en bas.

En effet, le diamètre transversal du détroit supérieur présente ordinairement cinq pouces, et celui du détroit inférieur en offre rarement plus de quatre. L'antéro-postérieur n'a presque jamais quatre pouces pleins au détroit supérieur, tandis qu'il peut en acquérir cinq et plus au détroit inférieur.

Cette disposition explique assez la nécessité où se trouve la tête d'exécuter un mouvement de rotation quelconque pour parcourir la filière osseuse du bassin ; mais n'ayant pas à nous occuper ici du mécanisme de l'accouchement naturel, il nous aura suffi d'en avoir posé les principes et fait connaître les conditions les plus indispensables. Occupons-nous maintenant des vices de conformation du bassin, en tant que relatifs à notre sujet.

Viciation du bassin. D'après Capuron (1), tout état du bassin qui rend

---

(1) Capuron, Cours d'accouchements.

la grossesse pénible et l'accouchement difficile, impossible ou seulement dangereux, doit être regardé comme une viciation réelle du canal osseux dont il est ici question. Il résulte de cette définition que viciation et mauvaise conformation du bassin ne se supposent pas mutuellement, et qu'un bassin peut être vicié quoique bien conformé, et mal conformé sans être vicié, comme l'a très-bien observé M. Velpeau (1). Mais ces deux états n'étant, pour ainsi dire, jamais séparés, il en résulte que les auteurs les ont confondus jusqu'ici. Aussi nous sentirons-nous nous-même, dans le cours de notre dissertation, autorisé à négliger une distinction qui ne paraîtrait peut-être rien tant que puérile.

Ainsi qu'à M. Velpeau, tous les vices du bassin nous paraissent devoir être rapportés à l'excès d'amplitude, à l'étroitesse de cette cavité et à la mauvaise direction de ses axes. Mais l'état du bassin qui constitue le premier groupe de ses vices, nous voulons parler de l'excès d'amplitude, bien loin de retarder le travail de l'accouchement, pouvant au contraire provoquer sa prompte terminaison, sera regardé comme tout-à-fait étranger à notre sujet.

Etroitesse du bassin. Certains auteurs ont prétendu, à tort selon d'autres (M. Velpeau, Dugès), que la circonférence des détroits du bassin était toujours la même, tout rétrécissement de la cavité pelvienne dans un sens correspondant à un excès d'amplitude dans un autre. Qu'il nous suffise de dire que l'observation n'est pas d'accord avec de tels principes; et d'ailleurs, analogiquement parlant, s'il est généralement admis que la capacité absolue du bassin s'élève quelquefois au-dessus du type normal, pourquoi n'admettrait-on pas de même qu'elle puisse s'arrêter aussi au-dessous de ce même type?

Nous ne prétendons pas nier pour cela que le rétrécissement d'un diamètre d'un détroit ne puisse coïncider avec la dilatation du diamètre opposé de l'autre; mais nous sommes loin de faire de cette coïncidence une règle générale.

Sous l'influence de certaines causes occasionnelles et agissant pendant

---

(1) Velpeau, Traité élémentaire de l'art des accouchements.

le jeune âge, telles qu'une même position long-temps soutenue, une compression vicieuse et permanente, l'empressement condamnable de certaines mères à mettre leurs enfants à la lisière, il se développe de fréquentes anomalies du bassin, alors surtout que les os de cette cavité, étant très-gélatineux, manquent de force pour résister aux impressions des corps étrangers, et que leurs symphyses, n'ayant pas encore acquis toute leur fermeté, cèdent plus facilement. Ajoutons à cela les effets de la cause prédisposante par excellence, ceux du rachitisme, qu'on observe le plus fréquemment chez les enfants, et qui ne tient à rien moins qu'à absorber et à détruire le phosphate calcaire auquel les os doivent leur solidité; et nous aurons l'explication des nombreuses viciations qui vont nous occuper.

Selon Dugès, on peut rapporter à deux chefs les formes dont est susceptible le détroit supérieur vicié. Le premier comprend les diamètres antéro-postérieur et obliques diminués. Disposition la plus fréquente, elle donne lieu à quatre formes diverses : le détroit réniforme, le bilobé ou en 8 de chiffre, le triangulaire et le trapézoïde. Le deuxième comprend les diamètres transversal et obliques diminués, qui comprennent eux-mêmes le bassin arrondi, le cordiforme et le trilobé. Mais, comme le dit l'auteur auquel nous empruntons cette division, ces formes sont loin d'être toujours régulières, et il n'est pas rare d'en trouver d'intermédiaires à celles que nous venons d'exposer; aussi, les vices de conformation du bassin par étroitesse sont-ils fort variés et peuvent-ils se rencontrer dans les diverses parties de la cavité pelvienne. On trouve rarement les deux détroits rétrécis en même temps. Le détroit supérieur est plus sujet au défaut de largeur que le détroit inférieur, et l'expérience a également démontré que le détroit abdominal est plus souvent rétréci dans le diamètre antéro-postérieur que dans son diamètre transversal. Il n'est pas rare non plus de ne voir qu'un seul côté d'affecté, lorsque le rétrécissement a lieu dans le sens des diamètres obliques. Les vices par étroitesse, qu'on remarque dans le détroit périnéal, s'observent plutôt d'une des tubérosités ischiatiques à l'autre, que du coccyx à la symphyse du pubis. Il serait presque inutile de dire que le vice de conformation qui nous occupe ne se présente pas toujours au même degré; que, parmi les rétrécissements dont la cavité pelvienne est

susceptible, on en remarque de grands et de petits, et qu'entre ces deux on peut observer encore des nuances variées à l'infini. Dans certains bassins, l'étroitesse n'est que de quelques lignes, tandis que dans d'autres elle présente plusieurs pouces. Plusieurs fois on a eu occasion d'observer des bassins qui n'avaient pas plus de dix ou même six lignes du pubis au sacrum, ou de la saillie de ce même os à l'une des cavités cotyloïdes. Le détroit supérieur est de beaucoup plus fécond en ces sortes de rétrécissements extrêmes que le détroit inférieur.

Tout rétrécissement du détroit abdominal doit-il être regardé comme un vice de conformation? La question doit être résolue négativement, d'après la définition que nous avons donnée: en effet, la tête de l'enfant ne présentant d'ordinaire plus de trois pouces dans le diamètre d'une bosse pariétale à l'autre, on ne peut guère fixer le premier degré d'étroitesse du bassin qu'au-dessous de trois pouces et demi (Gardien). Toutes choses égales, quant à la solidité et au volume de la tête, plus le bassin sera rétréci, plus l'accouchement sera difficile: en d'autres termes, plus la tête sera étroitement logée, et plus aussi elle éprouvera de frottements dans l'espace qu'elle est obligée de parcourir. Il est d'observation qu'à trois pouces et demi, l'accouchement est déjà difficile, il est clair qu'à trois pouces il le sera bien plus; mais, dans ce cas, si la tête se présente dans une position favorable, il pourra encore se terminer sans le secours de l'art. On a aussi observé des accouchements naturels, le diamètre sacro-pubien ne présentant que trois pouces moins un quart. Bien plus, le diamètre qui nous occupe n'ayant que deux pouces et demi, on possède des exemples, rares à la vérité, de parturitions exécutées par les seules voies de la nature (Baudelocque). Il est évident que dans ces cas-là le travail a été favorisé, soit par la grande souplesse des os du crâne, soit par la laxité des sutures au moyen de laquelle la tête de l'enfant a pu s'adapter à la filière osseuse ainsi pervertie, soit par l'écartement simultané des trois symphyses du bassin, soit enfin et principalement par la présentation avantageuse de la tête; car la compression exercée sur le crâne et la dilatation des symphyses dans un bassin défectueux ne sont pas les seules ressources de la nature dans l'accouchement. La manière avantageuse dont

la tête se présente y est pour beaucoup. Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi favorable, et, dans la plupart des cas, il devient exigeant de mettre fin à un vain travail par des opérations très-chanceuses pour la mère ou pour l'enfant, et souvent pour les deux.

On trouve parfois des rétrécissements tels, que, malgré le concours des circonstances favorables dont nous venons de faire l'énumération, il est évidemment impossible que l'accouchement puisse se terminer. Au-dessous de deux pouces et demi, la sortie de l'enfant doit être regardée comme impossible (Gardien). Quelquefois, il est vrai, la femme, malgré cette étroitesse excessive du bassin, a pu se délivrer sans implorer le secours de l'art; mais le plus souvent ces sortes de parturitions entraînent après elles de graves inconvénients; car, d'un côté, la mère se trouve très-exposée à voir les parties molles de son bassin violemment comprimées, froissées, et la douleur, l'inflammatien qui succèdent à ce froissement se terminer par la suppuration et la gangrène. D'un autre côté, l'enfant n'est pas exposé à de moindres accidents, car les os du crâne peuvent chevaucher les uns sur les autres et déterminer ainsi des engorgements, des épanchements internes, et quelquefois éprouver eux-mêmes des fractures (Gardien).

Les vices de conformation peuvent affecter le détroit abdominal, le détroit périnéal et les deux à la fois.

Si le détroit supérieur est seul vicié, les obstacles qu'éprouve la tête du fœtus, et les accidents qui peuvent en résulter, se manifestent dès le début du travail; on remarque alors que la tête de l'enfant, arrêtée d'abord par les difficultés que présente le droit en question, exige des efforts très-violents de la part de la matrice pour franchir ce même détroit; mais qu'une fois parvenue dans l'excavation, elle s'échappe avec la plus grande facilité hors du détroit inférieur, à moins qu'elle ne soit retenue par la résistance des parties extérieures de la génération, comme cela a lieu assez souvent dans un premier accouchement.

Quand le vice de conformation se trouve au détroit inférieur, la tête n'éprouve de résistance que lorsqu'elle y est parvenue. Cette résistance, ainsi que celle du détroit supérieur, peut être invincible, et ce ne sera que

par un parallèle bien établi entre les degrés de contraction et les obstacles éprouvés, qu'on aura recours à l'art ou qu'on abandonnera le double être souffrant aux seules forces de la nature.

Lorsque l'étroitesse se remarque dans les deux détroits en même temps, la tête, après avoir surmonté les obstacles du premier, fait une pause dans l'excavation du bassin, jusqu'à ce que, sollicitée par de nouvelles contractions, elle est en même de vaincre la résistance du second. Si la femme, déjà épuisée à la moitié de son œuvre, se voyait dans l'impossibilité de la terminer, le chirurgien ne balancerait pas à lui tendre une main secourable.

La structure du détroit périnéal n'est non plus guère altérée que dans ses diamètres. Ici c'est presque toujours le diamètre ischiatique qui se trouve diminué par le rapprochement des deux tubérosités. Le rétrécissement des diamètres obliques est plus rare. La forme trop droite, trop aplatie du sacrum, sa courbure excessive peuvent vicier l'excavation du bassin, et partant nuire au travail de l'accouchement. Mais la rectitude et l'aplatissement du sacrum offrent bien moins d'obstacles que sa trop grande courbure. Le premier défaut de conformation n'influe communément que sur les dimensions de l'excavation du bassin; ce qui ne peut s'opposer à la sortie de l'enfant, si le canal est bien disposé d'ailleurs, tandis que le dernier ou la trop grande courbure du sacrum altère pour l'ordinaire la forme des deux détroits, en les rétrécissant d'avant en arrière. Les vices de l'arcade de pubis sont : la trop grande longueur de la symphyse, le défaut d'élévation et le peu de largeur de cette arcade (1). Outre tous ces vices de conformation, il peut se former des exostoses dans toutes les parties du bassin, lesquelles seront plus ou moins nuisibles à l'accouchement, selon

---

(1) L'inclinaison des plans du bassin est aussi quelquefois viciée. Celle du détroit abdominal peut l'être de deux manières : tantôt celui-ci est incliné en avant; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il se trouve relevé, de manière que les pubis vont presque à la hauteur de l'angle sacro-vertébral. Quand le sacrum est court, le coccyx relevé, la plan vulvaire du détroit inférieur est alors dirigé trop peu en avant; mais alors aussi cet os est ordinairement porté assez loin en arrière, pour que la tête de l'enfant sorte avec facilité sans dilacérer les parties molles. (Dugès, *Manuel d'obstétrique.*)

leur nombre, leur volume et leur situation. Comme elles ne sont subordonnées à des règles sous aucun de ces rapports, il nous suffira de les avoir indiquées.

Moyens de remédier aux vices du bassin. Lorsque le bassin a quatre pouces ou quatre pouces moins un quart; lors même qu'il n'a que trois pouces et demi d'avant en arrière, il n'y a rien à faire pour la terminaison de l'accouchement, la tête d'un enfant à terme et d'un volume ordinaire pouvant le franchir avec plus ou moins de facilité; seulement, il est nécessaire qu'à trois pouces et demi la femme, supposée de bonne santé, fasse valoir toutes ses douleurs, et qu'elle les soutienne même par un effort simultané de toutes les forces musculaires. Mais lorsque le bassin a moins de trois pouces et demi d'avant en arrière, et que, d'un autre côté, la femme ne jouit pas d'une force bien prononcée, il est à craindre que l'accouchement ne puisse s'effectuer par les seuls efforts de la nature. Le forceps nous paraît indispensable alors; car en présumant trop, dans ce cas, des ressources de la nature, on pourrait laisser tomber la femme dans un état de faiblesse extrême, ou bien donner lieu à une vive irritation dont on ne pourrait plus arrêter les dangereux effets.

Mais si le diamètre antéro-postérieur avait à peine trois pouces, s'il n'arrivait pas même à cette dimension, non-seulement on ne devrait point, dans ce cas, abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, le forceps même ne pourrait plus convenir; car, outre les difficultés de l'introduire et de l'appliquer sur les côtés de la tête de l'enfant, il ne serait plus possible de les faire passer l'un et l'autre à travers un bassin aussi défectueux. Le moyen dont l'art peut alors retirer de véritables avantages, du moins sous le rappport de la terminaison de l'accouchement et de la conservation de l'enfant, est l'opération de la symphyséotomie; mais seulement dans le cas où le bassin aurait au moins de deux pouces à deux pouces et quart au diamètre qui nous occupe. Au-dessous de cette dimension, tous les moyens indiqués pourraient être inutiles; car, en se renfermant dans les limites que prescrit la prudence, il est probable qu'on n'obtiendrait pas l'ouverture nécessaire pour permettre à une tête d'un volume ordinaire de franchir un pareil bassin. C'est donc à l'opération césarienne

qu'il faudrait recourir, si le diamètre antéro-postérieur avait moins de deux pouces d'étendue. Ce moyen est extrême, je l'avoue; mais doit-on, dans un cas pareil, lui préférer la symphyséotomie, quand il est démontré qu'on ne pourrait obtenir le degré d'écartement nécessaire qu'aux dépens des symphyses postérieures, et de tous les accidents qui peuvent résulter de leur déchirement? Des dimensions aussi disproportionnées sont heureusement fort rares.

Les vices de conformation du détroit inférieur étant, en général, beaucoup plus rares que ceux du détroit supérieur, et affectant presque toujours le diamètre transversal, les moyens d'y remédier, sous le rapport de l'accouchement, sont aussi et plus simples dans leur application et plus salutaires dans leurs effets. La tête de l'enfant n'ayant aussi, dans ces diverses circonstances, que très-peu d'espace à franchir pour parvenir au-dehors, il en résulte également un plus grand espoir de terminer l'accouchement sans accidents. Lorsque le rapprochement des deux tubérosités laisse encore un intervalle de trois pouces et demi, seulement même de trois pouces et quart, les seules forces de la nature peuvent effectuer la terminaison de l'accouchement, par la facilité avec laquelle la tête, comprimée alors sur les parties latérales, se moule, pour ainsi dire, à la filière un peu rétrécie du détroit inférieur. On doit, dans ce cas, soutenir le courage de la femme, l'engager à faire valoir fortement ses douleurs, et soutenir vivement l'action contractile de l'utérus.

Si le diamètre dont nous nous occupons avait moins de trois pouces un quart; s'il n'avait que trois pouces, par exemple, ou trois pouces moins un quart, il faudrait employer le forceps, en observant toutefois que, chaque branche ayant à peu près deux lignes d'épaisseur, l'espace destiné à livrer passage à l'enfant éprouverait une perte de quatre lignes que l'on s'efforcerait de gagner par la compression de la tête. Au-dessous de trois pouces moins un quart, alors même que le diamètre transversal n'offrirait que les plus petites dimensions, nous pensons que l'opération de la symphyséotomie pourrait offrir les résultats les plus précieux; car l'écartement des pubis étant le résultat immédiat de cette opération, et celui-ci se trouvant tout à l'avantage du diamètre vicié, elle ne saurait être suppléée par aucun autre moyen.

§ II. CAUSES SIÉGEANT DANS LES PARTIES MOLLES.

Inertie de la matrice. « La *paralysie* (paraplégie) ou la faiblesse des » muscles abdominaux, l'indolence de la femme ou sa pusillanimité, la » privent d'un grand secours pour l'expulsion de son enfant; mais l'ac- » couchement n'en aura pas moins lieu si l'utérus est bien contractile. Au » contraire, si l'utérus reste inerte, les plus violents efforts de la femme ne » pourront y suppléer, et la résistance des passages qu'il faut dilater fera » perdre au fœtus le peu de progrès qu'il aura pu faire dans chaque effort, » aussitôt que ce même effort aura cessé. La matrice maintient l'effort » qu'elle a produit et empêche le fœtus de rétrograder, ce que ne peuvent » faire les efforts musculaires de la femme. Nous devons donc regarder cet » organe comme siége principal des obstacles dynamiques ou par défaut » de moyens expulseurs (1). »

On entend par inertie de la matrice, cet état dans lequel la contractilité de ses fibres se trouve affaiblie ou entièrement suspendue, de manière à retarder le travail de l'enfantement ou à faire naître des accidents qui peuvent compromettre les jours de la mère et de l'enfant.

Pour que les *vraies* douleurs puissent expulser le fœtus hors de la cavité utérine, il faut qu'elles aient un degré de force déterminé. Si celles-ci restent au-dessous du point voulu pour l'exécution de cet acte, la matrice se contracte faiblement pendant les douleurs; leur retour n'a lieu qu'à des intervalles éloignés, leur rapprochement et leur accroissement d'intensité sont insensibles, et la femme découragée tombe dans un abattement qui s'oppose à leur efficacité.

Cet état particulier de la femme en travail peut être subordonné à l'influence de plusieurs causes. Une constitution faible et délicate, des maladies longues et énervantes, une diarrhée opiniâtre, une longue privation d'aliments, des chagrins prolongés, des frayeurs, etc., en affaiblissant la femme, peuvent occasionner des syncopes qui rendent la terminaison de l'accouchement plus ou moins longue, plus ou moins pénible.

---

(1) Dugès, Manuel d'obstétrique.

C'est alors que la médecine expectante peut être exercée dans sa plus grande latitude; c'est alors aussi que les toniques, les excitants particuliers de l'organe utérin sont donnés avec le plus grand avantage.

Les praticiens ont conseillé plusieurs moyens pour réveiller les contractions utérines ou prévenir leur cessation. Les uns agissent en excitant toute l'économie; on a attribué aux autres une action spéciale sur l'utérus; enfin, il en est qui ont une influence sur ce viscère, en irritant les parties contiguës ou même éloignées.

Parmi les premiers sont certains aliments, tels que les bouillons, les consommés, le vin vieux, des médicaments pris dans la classe des toniques, tels que l'eau et la teinture de menthe, de mélisse, de cannelle, la décoction et le vin de quinquina, etc. Il faut s'abstenir, en général, des aliments solides; il ne faut les accorder que dans le commencement du travail qu'on prévoit devoir être long, et lorsque le sujet est épuisé par des privations ou par de mauvais aliments.

Parmi ceux qui ont une action spéciale sur l'utérus, nous nous contenterons de citer le seigle ergoté, dont les propriétés assez connues nous dispenseront d'en parler plus amplement (1). On a abandonné la teinture de cannelle vantée par Van-Swieten et Leake, le suc d'orange amère et bien d'autres moyens semblables préconisés autrefois.

Les médicaments qui agissent par contiguïté de tissu sont les purgatifs et les lavements irritants. Ils doivent être rejetés, non-seulement parce qu'ils ne produisent pas toujours les effets qu'on s'en était promis, mais encore parce qu'ils peuvent avoir de très-graves inconvénients.

On emploie généralement un moyen très-simple qui réussit quelquefois à accélérer un travail languissant. Il consiste à faire promener la femme quand les forces le lui permettent; la masse intestinale qui dans la position verticale pèse sur la matrice, et les légères secousses que lui imprime la marche, peuvent prévenir l'état d'inertie, en réveillant la contractilité languissante de l'organe. Nous croyons ce moyen bien préférable aux ster-

---

(1) On le donne à la dose d'un quart, d'un demi, d'un gros ou davantage, en poudre ou en décoction.

nutatoires, recommandés par les anciens, car ils occasionnent de violentes contractions du diaphragme et des muscles abdominaux, d'où peuvent résulter de graves accidents, tels que l'hémorrhagie, les convulsions, etc., suites des fortes commotions qu'éprouve alors la matrice. Nous en dirons autant de l'émétique, que quelques praticiens ont prescrit (1), dans la vue de remédier aux douleurs, lorsque la tête est déjà parvenue dans l'excavation du bassin; il a, de plus, contre lui les inconvénients que peut entraîner son action sur les organes digestifs. Parmi les moyens employés dans la même vue, on trouve les titillations exercées sur l'orifice utérin. L'efficacité de cette manœuvre n'est pas contestée; mais la plupart des accoucheurs s'accordent à la rejeter, à cause des suites fâcheuses qu'elle peut avoir. Quelques médecins, d'après le précepte d'Hippocrate, ont recommandé d'exciter sympathiquement la matrice en appliquant de larges vésicatoires sur les mamelles; mais ce moyen est reconnu insuffisant dans le cas qui nous occupe.

Si l'on ne réussit par aucun des moyens déjà indiqués comme les plus propres à ranimer les douleurs, le plus court et le meilleur parti serait de rompre la poche des eaux. En effet, on observe souvent que la matrice, revenue sur elle-même après sa déplétion et se trouvant en contact plus intime avec le fœtus, en reçoit une impression nouvelle qui ranime sa sensibilité et rappelle les *vraies* douleurs. Mais si, après avoir percé la poche des eaux et avoir donné à la matrice le temps de se contracter, les douleurs sont encore faibles et sans efficacité, il faut terminer l'accouchement avec la main ou le forceps, selon l'occurrence.

Trop grande rapidité du travail. Nous parlerons ici des cas où les douleurs étant très-fortes, très-rapprochées, prématurées, épuisent les forces de la femme avant d'avoir donné aux parties le temps de se dilater convenablement, de sorte que la matrice cesse de recevoir une dose suffisante d'influence nerveuse pour agir efficacement dans le temps opportun. Cette cause d'inertie s'observe surtout chez les femmes extrêmement

---

(1) Lebas, Nouvelles observations sur les naissances tardives.

irritables, que leur sensibilité exaltée par les douleurs rend capables d'efforts très-énergiques, mais aussi peu durables et suivis pour l'ordinaire d'un abattement profond.

Les efforts prématurés et intempestifs auxquels les femmes se livrent quelquefois pour seconder les contractions utérines et se débarrasser plus promptement, amènent le même résultat.

Dans le premier cas, on tempère la violence des douleurs et on en diminue la fréquence par les bains, les anti-spasmodiques et surtout les narcotiques, qui, donnés avec discernement, ont le double avantage de diminuer l'irritabilité de la femme et d'amener le sommeil, suprême réparateur des forces qu'elle a perdues. Lorsque par ces moyens on a ralenti la marche trop rapide du travail et favorisé la dilatation des parties, si la matrice restait encore dans l'inertie, il suffirait de rompre la poche des eaux pour la faire sortir de cet état.

Dans le second cas, le repos est encore indiqué en première ligne; mais si, au bout d'un temps plus ou moins long, selon l'état général de la femme, les douleurs ne paraissent pas ou continuent à languir, on pourrait chercher à les ranimer par des stimulants administrés avec prudence et surtout avec beaucoup de réserve, car, dans ce cas, les souffrances déjà éprouvées ont disposé la femme aux inflammations.

Pour prévenir cet état d'inertie, il est très-important de recommander à la femme de ne pas faire d'efforts inutiles, et de lui indiquer le moment où elle doit faire valoir ses douleurs. Ce moment est marqué par leur fréquence, coïncidant avec la dilatation complète du col utérin et la descente progressive de la tête dans l'excavation.

Déplétion subite de la matrice. La déplétion subite de l'utérus est signalée par tous les auteurs comme une cause fréquente de son inertie, lorsque la quantité d'eau qu'elle contenait est considérable et lorsque la rupture des membranes s'est fait long-temps attendre. La matrice, déjà fatiguée par une énorme distension ou par de longues douleurs, est frappée par cette déplétion subite d'une sorte de stupeur qui paralyse sa contractilité, traîne l'accouchement en longueur et expose la femme à de graves accidents.

On prévient cette cause d'inertie de l'utérus en rompant de bonne heure la poche des eaux, si l'on juge leur quantité considérable. Par ce moyen, leur évacuation ayant lieu lorsque les douleurs sont encore peu fortes et assez éloignées, la déplétion de la matrice se fait plus graduellement et lui donne le temps de revenir peu à peu sur elle-même. Mais cette rupture doit être faite avant que l'orifice de la matrice soit effacé, et la tête de l'enfant engagée au point de faire craindre précisément l'accident à éviter, la sortie du fœtus suivant de trop près l'évacuation des eaux. Celles-ci déjà écoulées, si le travail languit encore et que rien de fâcheux ne se manifeste, on ne se pressera pas; on cherchera seulement à rappeler les contractions utérines par les moyens que nous avons indiqués.

Hémorrhagie. L'hémorrhagie, qui peut être aussi une conséquence de l'inertie de la matrice, en est quelquefois la cause, soit par l'énorme distension qu'elle peut faire éprouver à l'organe, soit par la faiblesse générale qu'elle entraîne, et qui est promptement suivie de la langueur de l'utérus.

Trois causes seront successivement considérées comme capables d'entraîner l'hémorrhagie et d'éteindre les contractions utérines : le décollement prématuré du placenta, son implantation sur le col de la matrice et la rupture du cordon ombilical.

1° *Décollement prématuré du placenta.* Lorsqu'il a lieu avant la rupture de la poche des eaux, le sang s'accumule quelquefois dans l'espèce du cul-de-lampe que forme le placenta lorsque son centre est décollé, tandis que ses bords restent adhérents : dans ce cas, l'hémorrhagie est peu considérable et s'arrête d'elle-même. Si le décollement a lieu sur un des bords du placenta, le sang s'épanche entre la surface interne de l'utérus et ses membranes : dans ce cas, la perte peut se manifester au-dehors, et alors il est facile de le reconnaître, ou bien rester cachée et devenir assez abondante pour occasionner l'inertie de la matrice.

Une plus grande distension du bas-ventre, le volume plus considérable qu'offre la matrice à la main qui l'explore, la pâleur de la femme, l'obscurcissement de sa vue, des bourdonnements d'oreilles, des syncopes plus ou moins fréquentes, la faiblesse du pouls, dénotent l'hémorrhagie interne.

On fait cesser tous ces accidents en perçant la poche des eaux, si toutefois la nature elle-même ne se charge pas de ce soin; car il arrive souvent que cette distension de la matrice par le sang excite de fortes contractions, qui déterminent la rupture des membranes et l'expulsion des eaux mêlées au sang et aux caillots qui s'étaient accumulés dans sa cavité.

Si le décollement du placenta a lieu après la rupture de la poche des eaux, l'hémorrhagie devient alors vraiment inquiétante, surtout si elle est interne : dans ce cas, il ne reste pour toute ressource que la prompte terminaison de l'accouchement (1). Dans le principe on cherche à modérer la perte par le repos, la situation horizontale, la fraîcheur de l'air, les boissons froides, tempérantes, la soustraction d'une lumière trop vive, l'éloignement du bruit et de tout ce qui peut accélérer le cours du sang; par l'application, sur l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses, de linges imbibés d'oxycrat, et même par le tampon s'il était impossible de terminer l'accouchement; et si les autres moyens avaient été insuffisants pour arrêter la perte, en rappelant les contractions de la matrice.

2° *Implantation du placenta sur le col.* C'est une complication fâcheuse de l'accouchement. Le doigt porté dans l'orifice utérin sent un corps spongieux, mollasse, adhérent sur une partie de son pourtour, ou le bouchant plus ou moins complétement; le col est plus épais et plus mou dans la partie qui correspond à cette insertion; la femme a éprouvé, depuis le sixième mois, des pertes répétées et d'autant plus considérables et fréquentes qu'elle avançait vers le terme de la gestation; elles sont survenues brusquement et sans cause apparente; enfin, durant le travail, elles cessent ou se ralentissent dans l'intervalle des douleurs, et reparaissent ou redoublent même pendant les contractions utérines.

Lorsque l'état d'épuisement où ces hémorrhagies ont plongé la femme a entraîné l'inertie de la matrice, les parties sont dilatées, ou bien elles ne permettent pas l'introduction de la main.

Dans le premier cas, on perce la poche des eaux et on termine l'accouchement d'autant plus promptement que la femme court plus de danger.

---

(1) La méthode de Puzos a été conseillée dans cette circonstance.

Dans le second, si l'accouchement devient urgent, la dilatation graduelle et ménagée du col utérin, à l'aide des doigts (1), est indiquée. Si, au contraire, il est permis à l'accoucheur de temporiser, il pourra employer utilement le tampon, pour arrêter chaque hémorrhagie qui surviendra par le décollement progressif du placenta. L'incision du col a aussi été conseillée dans le cas où la dilatation ne pourrait avoir lieu (2).

3° *Rupture du cordon ombilical.* Elle donne lieu à une double hémorrhagie, qui est presque toujours funeste à l'enfant et quelquefois à la mère. Le diagnostic de cette perte interne ne diffère de celui des autres, suivant les auteurs, qu'en ce que la femme ne sent pas de douleur sourde et fixe au fond de l'utérus, l'épanchement ayant lieu dans la cavité des membranes. On n'est très-souvent averti du danger de l'enfant que lorsqu'il n'est plus possible de le sauver, car on n'en reconnaît la cause qu'après la rupture de la poche des eaux. Il est évident que la principale indication, en pareil cas, c'est de terminer l'accouchement le plus promptement possible.

D'autres espèces d'hémorrhagies, telles que des épistaxis, des hématémèses, des hématuries, des écoulements sanguins par l'anus, les alvéoles, les oreilles, etc., ont, dans certains cas, apporté des obstacles à l'accouchement. Dans ces différentes occasions, le danger est toujours relatif à l'intensité des causes déterminantes et aux circonstances concomitantes, aussi, l'indication première est-elle encore ici la prompte terminaison de l'accouchement, sans cependant perdre de vue les moyens généraux dont l'emploi sera dirigé par la sagacité du médecin.

Convulsions; spasmes de la matrice. Il n'est peut-être pas d'époque de la vie où la femme soit douée d'une sensibilité plus exquise, d'une irritabilité plus grande qu'au moment d'accoucher. Les efforts auxquels elle se livre pour expulser son fœtus augmentent encore cette extrême susceptibilité, et de-là souvent des convulsions plus ou moins fortes, plus ou moins

---

(1) Méthode de Puzos.

(2) Cette opération, pratiquée sur la même femme dans deux accouchements différents, a parfaitement réussi. Faroux, *Thèses de Paris*, 1820.

réitérées. Celles-ci ne sont pas toujours générales, elles peuvent se borner à une seule partie du corps. Parmi les dernières, celles qui affectent spécialement l'utérus méritent notre attention.

Les femmes naturellement très-irritables, hystériques, peuvent éprouver, à la suite de violentes douleurs, un état de spasme de l'utérus pendant lequel le viscère est dur, rénitent, inerte, et le travail de l'accouchement reste comme enchaîné. Gardien attribue ces spasmes et le ralentissement de l'acte de la parturition qui en est la suite, à un trouble général, à des douleurs vives qui ont leur siége hors de la matrice, ou à l'inflammation du col. Celui-ci éprouve aussi quelquefois un resserrement spasmodique, qui est un nouvel obstacle à surmonter.

Les bains sont alors le moyen le plus efficace pour prévenir ou faire cesser cette sorte de stupeur de la matrice, par l'heureuse influence qu'ils ont, en pareil cas, sur le système nerveux. L'auteur que nous venons de citer accorde beaucoup de confiance aux injections narcotiques, qui, en portant leur action assoupissante sur le col resserré, favorisent sa dilatation. Cet obstacle levé, le travail fait des progrès, et cela suffit souvent pour ramener la matrice à son mode naturel de contraction. On seconde les effets de ces moyens, en administrant les préparations d'opium et les anti-spasmodiques à l'intérieur. La saignée serait très-avantageuse si la femme était pléthorique; elle serait indispensable s'il y avait menace de congestion vers le cerveau. Les spasmes de la matrice combattus, la nature reste-t-elle impuissante, on termine l'accouchement par l'application du forceps.

Affections morales. Il n'est pas rare de voir les douleurs suspendues à la suite d'une émotion vive de l'âme, quelle qu'en soit la cause. L'état dans lequel tombe la matrice à la suite de ces commotions morales a beaucoup d'analogie avec celui dont nous venons de parler. Seulement, cette sorte de stupeur dont est frappé l'utérus étant ici l'effet d'une cause morale, c'est dans les moyens qui peuvent rétablir la tranquillité de l'âme, qu'il faut puiser, en partie, les remèdes propres à faire cesser cet état. C'est donc autant au moral de la femme qu'à son physique qu'il faut s'adresser. Une potion anti-spasmodique et calmante, une petite saignée même, si

la femme peut la supporter, concourraient au but qu'on se propose, l'une en calmant le spasme, et l'autre en ralentissant la circulation toujours activée dans ces cas.

L'antéversion, la rétroversion et le prolapsus de la matrice ont été rangés au nombre des causes qui nous occupent; mais ces accidents qui ne se remarquent guère qu'au commencement de la gestation, peuvent tout au plus être regardés comme causes éloignées. Il n'en est pas de même de l'obliquité qui peut avoir une influence très-marquée sur la terminaison de l'accouchement. Deventer en a admis quatre espèces : obliquité antérieure, postérieure et latérale, gauche et droite. La deuxième espèce, admise anciennement par Moschion et récemment par Janh et Hennemann, ne l'est plus aujourd'hui. Levret, qui outre les quatres espèces dont nous venons de parler en compte encore d'intermédiaires, les attribue à l'attache du placenta dans toute autre partie que le fond de l'utérus; mais Baudelocque réfute victorieusement son assertion.

Dans les obliquités de la matrice, le col de l'organe peut conserver sa rectitude et le corps seul être courbé sur un de ses côtés; mais, le plus souvent, la totalité de l'utérus bascule de manière que l'orifice externe se porte du côté opposé au fond de l'organe.

De cette disposition de l'utérus résultent de graves inconvénients. En effet, dans cette circonstance, le col étant porté soit en arrière, soit sur un des côtés, l'une de ses parois se trouve correspondre au centre du bassin. Sous l'influence de la pression exercée par le fœtus, elle s'étend, s'amincit, descend dans le vagin et est même susceptible, d'après Morgagni, Hevogt, Baudelocque, de paraître jusqu'à la vulve. On a vu la gangrène et la rupture être la conséquence des efforts mal dirigés de l'organe utérin.

Le praticien se contentera, ici, de favoriser la tendance qu'a la nature à réduire l'orifice au centre et à le dilater, en tâchant de réduire, par le décubitus sur le côté opposé, l'inclinaison du fond, et ramenant à l'aide du doigt (1) l'orifice externe au centre du bassin. Si ce moyen était infructueux, l'incision offrirait ses précieux avantages (Cathral).

---

(1) Baudelocque, Principes de l'art des accouchements.

L'âge trop tendre ou trop avancé de la femme, sa taille trop haute ou trop basse, un état de maigreur ou de réplétion excessives, voilà tout autant de causes qui ont été regardées par un grand nombre d'accoucheurs distingués (1), comme devant figurer parmi celles qui nous occupent. Il en est de même des tumeurs fibreuses, hydatiques, sarcomateuses, polypeuses, osseuses, syphilitiques. Un thrombus dans les parois du vagin, un calcul dans la vessie, la distension de ce même viscère par une quantité considérable d'urine, l'accumulation de matières fécales dans le colon, le rectum, peuvent aussi mettre obstacle à la sortie de l'enfant. Des abcès développés, soit au sein des parties génitales elles-mêmes, soit dans celles qui les avoisinent, des ulcérations, une hernie irréductible, un frisson violent, des vomissements répétés (2), la fièvre, des odeurs trop fortes, un mauvais air, etc., peuvent produire le même résultat.

Il est évident que l'indication ne pourrait être la même dans ces différents cas. Le praticien vigilant ne négligera rien pour bien distinguer d'abord, et faire ensuite un emploi judicieux des moyens de secours fournis par l'art. Quelquefois les tumeurs se laissent suffisamment comprimer pour que l'enfant sorte spontanément, ou bien à l'aide du forceps ou de la version. D'autres fois, il faudra tenter d'enlever les obstacles, ou bien de les repousser au-dessus du détroit supérieur. S'il existe du liquide dans une tumeur on lui donnera issue. L'urine sera évacuée au moyen du cathétérisme; l'intestin sera vidé, soit par des injections appropriées, soit au moyen de la curette, etc. Enfin, si les obstacles étaient insurmontables, s'il existait par exemple des tumeurs assez volumineuses pour obstruer les passages et que l'art ne pût les déplacer ou les détruire, l'opération césarienne serait la seule et dernière ressource.

L'étroitesse du vagin, une membrane dans le fond de cette cavité ou au col de l'utérus, des brides, des demi-cloisons, des adhérences peuvent retarder le trajet du fœtus. Il en sera de même des restes de l'hymen ou

---

(1) Ambroise Paré, Peu, Guillemeau, Smellie, Levret.

(2) *Violentis doloribus subitò deficientibus, si superveniat vomitus, metuendum est ne laceretur uterus.* — Manningham, *Compendium artis obstetricæ.*

de la membrane entière (1), mais ordinairement la nature seule triomphe de ces obstacles : dans tous ces cas, il sera facile de seconder ses efforts par quelques incisions ménagées.

Rigidité des parties. Dans le cas où la rigidité, la dilatation peu avancée des parties exérieures de la génération et même du col de la matrice, mettent obstacle au progrès du travail, comme on le voit souvent chez les femmes pléthoriques, fortes, et surtout chez celles qui sont enceintes pour la première fois à un âge déjà avancé, on emploie avec avantage les bains locaux et généraux, les injections mucilagineuses dans le vagin, les lotions et les cataplasmes émollients sur les grandes lèvres, et principalement les fumigations de même nature. Il faut observer cependant, que si l'on prolonge trop long-temps le bain ou l'application des cataplasmes, les parties, d'abord ramollies, finissent par offrir un gonflement par infiltration qui fait manquer en partie le but qu'on s'était proposé. Quant aux fumigations, leur effet dépend du degré de chaleur auquel on les emploie : trop chaudes, elles attirent bientôt les fluides dans des parties aussi vasculaires et produisent leur gonflement ; mais, à un degré de chaleur modéré, elles remplissent mieux que tout autre moyen le but de l'accoucheur. Capuron le recommande comme celui qui lui a le mieux réussi ; mais il met en première ligne la saignée, lorsqu'on a lieu de croire que cette rigidité tient à un état pléthorique ; elle est d'ailleurs utile pour favoriser l'effet des applications extérieures.

On a vu des cas où la trop grande consistance des membranes occasionnait seule la lenteur du travail. Cette cause nous paraît difficile à apprécier. Un grand nombre d'accoucheurs partageant la même opinion à ce sujet, prétendent qu'il faut alors temporiser et ne pas se déterminer trop légèrement à percer la poche des eaux.

États morbides. Asthme. La gêne de la respiration est un symptôme dominant de l'asthme, augmentant à chaque effort qu'éprouve le malade. Ceux auxquels la femme en travail est obligée de se livrer pour l'expulsion de son fœtus, partagent avec les autres le même inconvénient. En outre,

---

(1) Baudelocque.

le refoulement des organes abdominaux par l'utérus, parvenu à son dernier degré de développement, ne contribue pas peu à augmenter cette fonction qui préside à l'hématose. Aussi une femme asthmatique ne sera pas abandonnée à elle-même au moment de l'accouchement ; il faudra s'empresser de la délivrer aussitôt que la dilatation permettra l'introduction de la main. Le même précepte ne s'applique pas exclusivement à l'asthme, mais encore à toutes les maladies de poitrine qui pourraient faire craindre la suffocation.

L'hydropisie, d'après Gardien, est aussi une cause de retard dans le travail de l'enfantement. Ce retard paraît se rattacher plutôt à l'état de faiblesse et d'épuisement dans lequel se trouvent les malades, qu'à l'accumulation d'eau dans l'abdomen et au défaut de coopération de la part du diaphragme et des muscles abdominaux ; car l'expérience a plusieurs fois démontré que la matrice peut se suffire à elle-même, et que l'action musculaire n'est pas d'une rigoureuse nécessité pour expulser le produit de la conception.

Hernie. Si, de rigueur, la présence d'une hernie ne rend pas l'accouchement contre-nature, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut, dans bien des cas, s'opposer aux progrès du travail, et surtout exposer la femme à un grave accident, celui de l'étranglement.

La conduite de l'accoucheur variera selon que la hernie se présentera libre de toute adhérence ou qu'elle sera irréductible : dans le premier cas, il faudra réduire la tumeur, et la maintenir réduite en exerçant sur l'ouverture herniaire une pression modérée ; dans le second, il conviendra, durant les efforts de la femme, de soutenir la hernie, de peur qu'en augmentant de volume elle ne vienne à s'étrangler.

Si, malgré toutes les précautions, l'étranglement était encore à craindre, il ne faudrait point hésiter à terminer l'accouchement.

DEUXIÈME SECTION.

CAUSES RELATIVES A L'ENFANT.

Ici s'offriraient naturellement à notre examen les diverses manières dont le fœtus peut se présenter au passage qu'il doit franchir. Malgré le désir

que nous aurions de leur accorder l'étendue qu'elles méritent, nous nous voyons réduit par les circonstances à les indiquer et à les énumérer en passant, persuadé, en outre, que nous sommes qu'il n'en résultera aucun inconvénient.

L'enfant peut présenter au détroit supérieur différentes parties de son corps, et l'on conçoit que l'accouchement sera d'autant plus difficile que les diamètres que présentent ces parties seront moins en rapport avec ceux du bassin. La position de la tête, dit Baudelocque, est désavantageuse, quoique celle-ci présente le vertex, toutes les fois que son grand diamètre ne se trouve pas selon le plus grand du détroit qu'elle doit franchir. D'après cela, si le fœtus présente un des côtés de la tête, la face, la nuque, le devant du cou ou une autre partie, il faudra d'abord s'occuper de lui donner une position convenable, ou d'en faire la version en allant saisir les pieds pour le ramener par les extrémités.

Mais, outre celles de la tête, le fœtus peut présenter diverses parties du tronc, et il n'est pas de région qui en soit exempte. D'après les observations du docteur Golthelf, il paraît constant que, de tous les accouchements difficiles ou contre-nature, celui où le bras sort le premier est le plus fréquent. Quelquefois le toucher fait reconnaître au-dessus du détroit supérieur la poitrine, les surfaces latérales du tronc, l'abdomen, l'une ou l'autre hanche, la région lombaire, etc. Il est essentiel, dans tous ces cas, lorsqu'on se détermine à aller chercher les pieds, de ne pas perdre de vue une règle générale, dont la pratique journalière et l'observation ont sanctionné l'utilité : il faut prendre garde à ce que la face palmaire de la main corresponde, autant qu'il est possible, à la partie antérieure du fœtus.

Rupture prématurée de la poche des eaux. La rupture prématurée de la poche des eaux a été regardée, par un grand nombre de praticiens, comme une cause capable de retarder l'accouchement et de le rendre difficile. M. le professeur Delmas, de l'opinion de qui il est toujours bon de s'appuyer en pareille matière, regarde cette opinion comme contraire aux lois de l'observation, ou du moins comme trop absolue. Il ne pense pas que l'évacuation prématurée des eaux apporte par elle-même des obstacles aux progrès

de la parturition ; seulement, si elle a eu lieu quelque temps à l'avance et qu'elle coïncide avec d'autres empêchements, il pourra en résulter des inconvénients réels. Sa grande pratique lui a permis d'observer quatorze femmes de suite, à l'accouchement desquelles il a procédé avec le plus grand succès et la plus grande facilité, malgré que les eaux eussent été évacuées plus ou moins de temps à l'avance.

L'expérience démontre chaque jour, que lorsque le col de l'utérus a éprouvé une dilatation suffisante, que la poche des eaux est proéminente, que les douleurs se succèdent avec rapidité, la rupture de la poche des eaux peut abréger un travail souvent long et douloureux.

Levret nie que l'enfant concourt, par ses mouvements, à son issue du sein maternel ; il le compare au coin inerte qui ne surmonte la force de cohésion des molécules entre lesquelles il est pressé qu'à l'aide d'impulsions étrangères, impulsions qui sont les mêmes que celles de la matrice agissant sur le fœtus : ceci explique un fait qui se passe journellement sous nos yeux, l'expulsion libre et facile de certains enfants morts.

Brièveté du cordon ombilical. Le défaut de longueur du cordon ombilical peut apporter des difficultés et du retard dans le travail de la parturition, et surtout exposer la mère et l'enfant à de graves accidents. Nous en dirons autant d'un cordon qui, quoique de longueur ordinaire, la dépassant même, entourera le corps, le cou ou un des membres du fœtus (1) : en effet, lorsque la tête de l'enfant a franchi la vulve, le cordon tiraillé outre mesure peut déterminer la rupture de l'ombilic, le décollement du placenta ou le renversement de l'utérus ; le cou du fœtus peut être fortement comprimé, et une strangulation réelle, l'asphyxie, l'apoplexie peuvent être la conséquence de cette compression.

On préviendra ces accidents en se hâtant de couper le cordon aussitôt que la tête parviendra au-dehors ; l'accouchement sera ensuite terminé le plus promptement possible.

---

(1) M. le professeur Delmas attribue les douleurs des reins au tiraillement du cordon ombilical ; il a remarqué qu'elles coïncident avec son raccourcissement ou son entortillement autour du fœtus *(Leçons orales)*.

Procidence d'un membre du fœtus. La procidence d'une main, d'un pied, sous une partie volumineuse que présente le fœtus au détroit supérieur, peut occasionner des difficultés dans l'exécution du mécanisme de la parturition et en retarder le terme. Ni la sortie du bras quand l'épaule le suit, ni celle des membres inférieurs lorsque le siége s'avance, ne doivent compter au nombre de ces accidents. Avec un enfant peu volumineux et de fortes contractions utérines, il pourra se faire que la présence d'une main n'apporte aucun retard à l'issue de la tête ou du pelvis. La sortie de la tête et d'un pied en même temps serait très-difficile, si les seuls progrès du travail n'avaient pour effet ordinaire de faire remonter le pied. Lorsque le travail est peu avancé, on enlève cet obstacle en le repoussant avec les doigts que l'on introduit dans le vagin ; il suffit même de le soutenir pendant une douleur, pour en obtenir la réduction. Si la parturition a fait de plus grands progrès, on peut se contenter d'extraire en même temps la partie principale et l'accessoire, soit à l'aide du forceps, soit à l'aide des crochets mousses, selon le cas (1).

Présence de plusieurs enfants dans la matrice. La coexistence de plusieurs enfants dans la matrice est loin d'apporter par elle-même des obstacles insurmontables à la terminaison de l'accouchement. L'expérience journalière démontre que la nature se suffit à elle-même, toutes les fois que les fœtus sont isolés et qu'ils se présentent l'un après l'autre dans une position convenable. L'emploi des ressources de l'art ne deviendra donc indispensable, qu'autant que ces mêmes fœtus seront accollés ou qu'ils affecteront une position vicieuse.

Il peut y avoir entre deux jumeaux fusion plus ou moins complète, plus ou moins solide. Toutes les fois que les circonstances s'y prêteront, l'accoucheur devra chercher à les isoler, afin de les extraire ensuite séparément. S'ils sont confondus de manière à présenter deux têtes pour un même tronc, ou deux troncs pour une même tête, il pourra être indispensable de diminuer le volume de l'un ou même des deux à la fois, pour pouvoir arriver à la terminaison de l'accouchement. Tous les auteurs s'ac-

---

(1) Ant. Dugès, Manuel d'obstétrique.

cordent ici à sacrifier à la mère des fœtus monstrueux, voués pour la plupart à une mort certaine, soit au moment de la naissance, soit peu de temps après. Toutefois, l'expérience ayant démontré qu'un grand nombre d'enfants doubles ont pu être expulsés par les seules forces de la nature, il ne faudrait pas trop se hâter de recourir à des manœuvres qui pourraient leur être nuisibles.

Lorsque l'arrêt du travail est causé par une position vicieuse, celle-ci doit être changée.

Maladies. Les divers états morbides capables d'augmenter plus ou moins le volume du fœtus doivent, à juste titre, être comptés parmi les causes susceptibles de s'opposer à la terminaison libre et facile de l'accouchement: telles sont les hydropisies de la tête, du thorax, de l'abdomen; telles sont encore certaines tumeurs que l'on peut rencontrer à la surface du corps de l'enfant.

Hydrocéphale. Pour que l'hydropisie de la tête puisse enrayer les progrès de la parturition, il faut qu'elle soit parvenue à un certain degré, que la tête ait acquis un certain volume; ce degré une fois atteint, l'enfant est presque toujours voué à une mort certaine: aussi, quand il s'agira de procéder à son extraction, devra-t-on se garder de faire subir à la mère des opérations qui pourraient compromettre sa vie sans aucun bénéfice pour son enfant.

Certains auteurs, regardant la mort de l'enfant comme la conséquence inévitable de l'hydrocéphale, sont grands partisans de la ponction au moyen du trois-quarts, pour évacuer le liquide, et la préconisent dans tous les cas. Pour nous, nous pensons avec Dugès, que « le forceps remédierait » aux retards réellement causés par une tête trop grosse, et qu'il ne fau- » drait perforer le crâne que dans le cas où cet instrument semblerait in- » suffisant, et où l'on aurait la certitude la plus complète de la mort de » l'enfant (1). »

Hydrothorax, ascite. « L'hydropisie de la poitrine et celle du ventre » sont excessivement rares chez les fœtus, et il est bien plus rare encore de

(1) Manuel d'obstétrique.

» voir ces hydropisies portées au point de rendre l'accouchement impossible » sans le secours de l'art; elles ne troublent presque jamais l'ordre naturel » de cette fonction (1). »

Ici l'indication consiste à évacuer le liquide par une ponction pratiquée au moyen d'un trois-quarts, d'un bistouri, etc. ; on abandonnera ensuite l'accouchement à la nature, à moins que des circonstances particulières n'obligent à le terminer.

Tumeurs. Si des tumeurs développées à la surface du corps du fœtus rendaient la parturition impossible par les seules forces de la nature, et que l'on parvînt à découvrir leur existence pendant le travail (ce qui n'est pas toujours facile), on tâcherait d'en réduire le volume au moyen de l'instrument tranchant, si elles étaient solides, et de les vider par une ponction, si elles contenaient du liquide.

DEUXIÈME PARTIE.

Accidents.

PREMIÈRE SECTION.

ACCIDENTS RELATIFS A LA MÈRE.

Rupture de la matrice. Un des accidents les plus graves qui puissent survenir pendant le travail de l'accouchement, est sans contredit la rupture de la matrice. Tous les points de l'organe sont susceptibles de se rompre, et la mort est presque toujours le résultat de cette rupture. Elle tient d'ordinaire à une trop grande force de contractilité du viscère tendant à se débarrasser du produit de la conception.

A la suite de l'accident qui nous occupe, l'enfant peut rester tout entier dans l'organe ou passer, soit en totalité, soit en grande partie, dans la cavité du ventre. L'indication variera selon l'occurrence.

Si l'enfant est encore dans la matrice, ou si les membres abdominaux et une partie du tronc seulement sont engagés à travers la déchirure, il faut

(1) Baudelocque.

procéder, aussitôt que possible, à la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles. Mais si l'enfant est passé tout entier dans le ventre, si seulement la tête ou la partie supérieure de la poitrine ont franchi la rupture, l'opération de la gastrotomie deviendra urgente, à moins que la matrice, frappée d'inertie, ne permette de ramener l'enfant par les voies accoutumées.

Rupture du vagin. Le vagin peut aussi être rupturé. Affectant presque toujours la direction transversale, la solution de continuité occupe, le plus ordinairement, la partie supérieure du canal. L'enfant peut, comme dans le cas précédent, passer en partie ou en totalité dans la cavité abdominale, ce qui sera une double source d'indications pour l'accoucheur, dont la conduite ici différera peu de celle que réclame l'accident qui vient de nous occuper. Nous devons ajouter cependant, que la déchirure de la matrice tendant toujours à diminuer d'étendue, alors que celle du vagin conserve les mêmes dimensions, l'enfant peut presque toujours, dans le cas dont il s'agit, être ramené sans beaucoup de difficulté par les voies naturelles.

Déchirure du périnée. Un volume trop considérable du fœtus par rapport aux parties qu'il doit parcourir, une telle rapidité du travail que la vulve n'a pas eu le temps de se dilater, un trop grand empressement à retirer l'enfant une fois saisi au moyen du forceps ; telles sont les causes les plus communes de l'accident qui nous occupe.

Son traitement consiste à affronter les lèvres de la plaie au moyen de quelques points de suture. Si des accidents inflammatoires se développent, on leur oppose les anti-phlogistiques. La malade est couchée sur le côté pour que la plaie ne soit pas continuellement arrosée par les lochies. Desormeaux, dans ce cas, pour prévenir les résultats fâcheux de trop violents efforts excréteurs, conseille d'entretenir une légère diarrhée.

Cet accident, porté à un assez haut degré, pourrait lui-même donner lieu à plusieurs autres, tels que le prolapsus du vagin et de la matrice, l'écoulement continuel des matières stercorales, et l'inflammation qui détermine toujours leur contact avec la vulve.

A la suite de violents efforts de la part de la femme en travail, d'autres organes sont susceptibles d'être rupturés. Mme Lachapelle a observé une fois

la rupture de l'un des muscles psoas, et une autre, celle de l'un des muscles droits. Dugès rapporte celle d'un ovaire variqueux suivi d'épanchement. MM. Comte et Martin ont publié, dans le journal analytique de médecine du mois de décembre 1827, l'observation d'un cas de solution de continuité de la première pièce du sternum. Tous les accidents ont été mortels.

Les mêmes causes peuvent encore occasionner la déchirure de quelque vaisseau aérien et donner lieu à un emphysème, au reste peu dangereux. Un petit nombre de jours suffisent pour sa guérison spontanée; Dugès pense que, dans des cas extraordinaires, des mouchetures pourraient devenir nécessaires.

Contusion des organes génitaux. Le défaut de proportion entre la capacité pelvienne et le volume de la tête de l'enfant, des manœuvres plus ou moins pénibles auxquelles on a été obligé de recourir pour l'extraction de ce dernier, déterminent fréquemment la contusion des diverses parties molles qui tapissent le canal destiné à livrer passage au produit de la conception.

Les fomentations et les cataplasmes émollients, les boissons adoucissantes et la diète sont les seuls moyens de traitement convenables à ces lésions, tant que les lochies coulent. Plus tard, l'on mettra à contribution les astringents, voire même les toniques, que l'on emploîra en lotions pratiquées sur les parties malades, avec le vin, la décoction de quinquina, les roses rouges, etc.

Si quelques points de gangrène s'étaient établis, on favoriserait la chute des escharres. De fréquentes injections d'un liquide, d'abord émollient, puis tonique, préviendraient le séjour de l'écoulement sanieux.

Inflammation du vagin, des grandes et petites lèvres. Cet accident se rattache presque toujours, soit à la compression exercée par le fœtus traversant ces parties, soit aux manœuvres nécessitées par un accouchement contre-nature.

L'emploi des anti-phlogistiques dans le but d'emmener la résolution, sera ici d'un grand secours. On fera l'ouverture des abcès, s'il s'en développe; des injections détersives favoriseront la chute des escharres, s'il en existe.

Rétention d'urine. A l'occasion d'un travail difficile et pénible, lorsque la tête du fœtus a exercé une violente pression sur le canal de l'urètre ou le col de la vessie, il n'est pas rare de voir un gonflement inflammatoire se développer dans ces parties, et la femme se trouver affectée de rétention d'urine.

Les bains chauds, les fomentations émollientes, les cataplasmes et les lavements adoucissants pourront, dans cette circonstance, amener les résultats les plus avantageux. Les saignées générales et locales seront quelquefois utiles aussi. La vessie, si elle était fortement distendue par l'urine, serait préalablement vidée au moyen de la sonde.

Incontinence d'urine. Une vive compression occasionnée par le fœtus au moment de l'accouchement, des manœuvres mal dirigées peuvent déterminer la paralysie et la déchirure du col de la vessie. De ces deux accidents en dérive un troisième, l'incontinence d'urine.

Lorsque celle-ci tient à l'atonie des parties, on la combat par l'emploi des injections toniques et astringentes : celles faites avec les eaux thermales de Barèges, de Balaruc, de Cauterets, sont recommandées par Gardien, Maigrier, Capuron. M. Alibert vante beaucoup l'usage des vins de quinquina, de gentiane, d'écorce d'orange amère ; il fait aussi grand cas de la décoction de bistorte, de l'eau de Rabel dans une tisane appropriée, de l'écorce de grenade, de la cannelle, de la menthe, de la petite centaurée.

Lorsqu'elle dépend d'une solution de continuité, on ne se comporte pas différemment que dans les cas de fistules urinaires.

Fistules. Le séjour trop prolongé de la tête du fœtus dans l'excavation du bassin est susceptible de déterminer la gangrène des cloisons urétro, vésico ou recto-vaginale, et de donner lieu à tout autant de fistules.

Rapprocher et maintenir en contact les bords de la solution de continuité, quand la fistule est récente, telle est, dans le but d'en obtenir l'oblitération, la première indication à remplir. Mais lorsque la division date de loin et que les lèvres ont commencé à se cicatriser isolément, on les ravive d'abord, à l'aide de la pierre infernale ou du cautère actuel. Si quelquefois, alors que les bords de la fistule ne sont pas très-éloignés l'un de l'autre, le gonflement provoqué par la cautérisation suffit pour les

mettre dans un rapport favorable à l'adhésion, dans d'autres cas aussi on est obligé, pour obtenir le même résultat, de recourir, soit à quelque point de suture, comme l'a fait avec succès le docteur Malagodi de Bologne, soit et mieux encore à la sonde-érigne de M. le professeur Lallemand.

Renversement de la matrice. Les efforts auxquels se livrent les femmes au moment de l'accouchement, la brièveté du cordon ombilical, la violence avec laquelle, dans certaines circonstances, l'enfant rapidement projeté au-dehors entraîne le cordon et le placenta; en un mot, toutes les puissances capables de pousser ou d'attirer le fond de la matrice à travers l'orifice de son col, doivent être comptées au nombre des causes de cet accident. Celui-ci peut avoir lieu à plusieurs degrés.

La première indication qui se présente ici, c'est de réduire la tumeur. Si le fond de la matrice n'est que déprimé, quelques frictions suffisent d'ordinaire pour exciter l'utérus et opérer sa réduction. Si l'organe est renversé au point de faire saillie dans le vagin et hors la vulve, la femme étant, dans tous les cas, convenablement située, on la repousse graduellement avec la main préalablement graissée. La réduction obtenue, la matrice ne revient pas toujours sur elle-même; son état d'atonie sera alors combattu par tous les moyens appropriés.

Si un engorgement empêchait la réduction, on opposerait à celui-ci les saignées, les bains, les fomentations et les injections émollientes, les boissons adoucissantes et la diète.

Renversement du rectum. Le rectum vivement poussé en bas par la tête de l'enfant, dans certains accouchements pénibles, peut se renverser et former au-dehors une tumeur plus ou moins volumineuse. Celle-ci est susceptible, dans certains cas, de rentrer d'elle-même; lorsque la réduction ne saurait être spontanée, on bassine d'abord avec du vin tiède, et puis on l'opère ordinairement avec facilité, surtout quand le renversement est récent. Des compresses imbibées d'une décoction aromatique et maintenues par un bandage, soutiendront ensuite l'anus et s'opposeront à un nouveau déplacement.

Tranchées utérines. Elles doivent être rapportées aux efforts que fait

l'utérus dans le but d'expulser des caillots de sang qui se sont formés dans son intérieur. Les femmes dont la matrice se trouve comme frappée d'inertie, sont très-sujètes aux tranchées, parce que chez elles il s'amasse toujours, après l'accouchement, une plus ou moins grande quantité de sang dans la cavité utérine.

Lorsque les tranchées sont modérées, on se contente, pour favoriser le retour de l'organe sur lui-même, de pratiquer sur son corps quelques frictions que l'on accompagne d'une légère infusion de camomille; lorsqu'elles sont vives, la saignée et l'emploi du seigle ergoté surtout, peuvent devenir utiles. L'introduction d'un ou deux doigts dans le col de l'utérus, dans le but de diviser les caillots trop volumineux et de favoriser ainsi leur issue, offre dans plusieurs cas de très-grands avantages.

Métrite. L'inflammation de la matrice qui peut tenir quelquefois à des violences locales, à des secousses, à des déplacements, se manifeste la plupart du temps après des manœuvres nécessitées par un accouchement difficile; à la suite de la rupture des parois de l'organe, d'une dysménorrhée, etc.

Le métrite se lie souvent à la péritonite, plus souvent encore à l'ovarite qui reconnaît les mêmes causes, suit la même marche et réclame le même traitement.

Comme à toute autre inflammation, à celle de l'utérus les anti-phlogistiques seront opposés avec succès. La saignée du bras, les sangsues appliquées à la vulve et à l'anneau inguinal, surtout si l'ovaire participe à l'inflammation, voire même au col de la matrice, si l'affection est chronique, les bains, les injections, les lavements, les cataplasmes procureront les résultats les plus satisfaisants.

Péritonite. La *péritonite*, un des états les plus fréquents et les plus funestes des femmes en couche, inflammation que l'expérience et l'observation tendraient, dans l'immense majorité des cas, à rapporter à celle de l'utérus, n'en est pas moins indépendante très-souvent, et susceptible d'exister seule, tout en se rattachant aux mêmes causes que celle de la matrice.

Elle a un plus haut degré d'intensité, et poursuit sa marche d'une ma-

nière plus rapide chez les femmes sanguines; elle se montre plus opiniâtre chez les femmes lymphatiques et épuisées.

Le traitement doit être largement anti-phlogistique au début. Les saignées générales et locales, les bains chauds, les cataplasmes de farine de lin et d'eau de guimauve, les fomentations émollientes et narcotiques, le repos le plus absolu, une diète sévère, la décoction de chiendent, la limonade, l'orangeade, l'eau de groseille, de veau, de poulet, les légers laxatifs, etc.; tels sont les moyens sur lesquels on doit fortement insister. Dugès regarde les vomitifs comme très-avantageux dans le cas de disposition bilieuse; dans tout autre, il les proscrit comme inutiles et même nuisibles. Les frictions mercurielles, souvent répétées sur l'abdomen, ont été préconisées dans ces derniers temps (Velpeau). Dugès a surtout constaté leur efficacité quand il en résultait un érythème pustulent sur la surface du ventre. Si la maladie passait à l'état chronique, un vésicatoire sur l'abdomen en favoriserait la résolution.

DEUXIÈME SECTION.

ACCIDENTS RELATIFS A L'ENFANT.

Accidents divers. Sous l'influence d'un travail difficile et pénible et des différentes manœuvres auxquelles l'accoucheur est obligé d'avoir recours pour obtenir sa terminaison, divers accidents peuvent se manifester du côté de l'enfant. Ainsi il n'est pas rare de le voir affecté de contusions, qui occupent le plus souvent la tête et la poitrine; de plaies contuses, de déchirures, pouvant siéger dans toutes les parties de son corps; de fractures des différentes pièces du squelette, et principalement des os des membres et du crâne; de désunion des os de la tête; de luxations des diverses articulations en général, et de celles des membres en particulier.

Les contusions, quand elles sont légères, cèdent ordinairement à de simples lotions résolutives; mais, si elles sont profondes et compliquées d'inflammation, elles nécessitent les anti-phlogistiques d'abord, puis les résolutifs. Les abcès, s'il s'en forme, seront ouverts; la gangrène, si elle se manifeste, sera combattue par les moyens appropriés. Les plaies con-

tuses et déchirées ne réclament point un traitement spécial à cet âge. Celui des fractures et des luxations consiste tout entier à les réduire et à les maintenir réduites jusqu'à leur parfaite guérison; le membre est ensuite condamné à une immobilité absolue. Des attelles en carton et un bandage roulé suffisent d'ordinaire au pansement.

Les luxations et les fractures de la colonne vertébrale, bien plus rares que celles des membres, sont aussi beaucoup plus funestes; la compression et la déchirure de la moelle épinière et de ses enveloppes, auxquelles elles donnent lieu, exposent toujours l'enfant à une mort certaine.

L'*allongement de la tête du fœtus*, qui se rattache à une compression dépendant, soit de l'étroitesse du bassin, soit de la rigidité du col de l'utérus, soit du volume de la tête elle-même, est un accident peu grave; rarement il nécessite les ressources de l'art. Des applications toniques et astringentes triomphent facilement d'une tumeur qui tient à une infiltration de liquide.

Anémie. Dugès, à qui nous empruntons ce passage, l'attribue principalement à une perte de sang: « soit que le placenta ou le cordon ait été » rompu pendant la parturition, soit qu'on ait omis la ligature de cette » dernière partie, soit enfin que son arrachement près de l'ombilic l'ait » rendue impossible....

« La ligature du cordon, si elle est praticable; la compression, la cau- » térisation des vaisseaux, s'il est rompu près l'ombilic, tel est le premier » soin à prendre. Il ne faut pas perdre le temps à plonger le placenta dans » le vin ou l'alcool, ou à le placer sur les cendres chaudes: l'enfant sera » lui-même entouré de linges chauds, mais la face restera exposée à l'air » libre et frais. Pendant ce temps on préparera un bain d'une température » assez élevée et animée avec le vinaigre, le vin, l'alcool; des frictions sur » la plante des pieds, la paume des mains, l'épine du dos, la région du » cœur, avec une brosse peu rude, exciteront encore utilement le système » nerveux: un linge imbibé de vinaigre, et si la torpeur est profonde, » l'ammoniaque liquide, sera approché des narines pour mettre en jeu » les organes respiratoires. Dans la même vue, on exercera de légères » compressions sur la poitrine; on excitera l'arrière-bouche avec la barbe

» d'une plume ; on pratiquera, s'il le faut, l'insufflation : dans les cas ex-
» trêmes, on aura recours à l'électricité appliquée avec ménagement. La
» transfusion du sang mentionnée par Héroldt ne paraît pas praticable, vu
» la petitesse des veines, à moins qu'on ne choisisse pour cela la veine
» ombilicale....

« Lorsque les premiers accidents sont dissipés, il faut encore surveiller
» l'enfant ; quelques cuillerées d'eau vineuse, le sirop de kina convena-
» blement étendu, et surtout le lait d'une bonne nourrice, pourront sou-
» tenir ses forces (1). »

Apoplexie. La compression qu'éprouve un enfant, en traversant un bassin plus ou moins étroit, doit nécessairement apporter de la gêne au retour du sang ; et c'est celle-ci qui est regardée comme la cause la plus fréquente de l'accident qui nous occupe.

On la combattra, en laissant écouler par les artères ombilicales une quantité de sang proportionnée aux forces de l'enfant et à la gravité des symptômes. Levret pense qu'une cuillerée est à cet âge ce qu'une palette est à l'adulte (2). Si l'état anémique résistait à ce premier moyen, l'application de sangsues aux tempes, aux apophyses mastoïdes, et des dérivatifs aux membres abdominaux, pourrait encore être tentée avec succès. On tâchera, d'ailleurs, d'exciter le jeu des fonctions par l'emploi des frictions sur la colonne vertébrale et des divers moyens déjà indiqués à l'article précédent.

---

(1) Dugès, Manuel d'obstétrique, pag. 333-334.
(2) Dugès, *loc. cit.*

SCIENCES ACCESSOIRES.

Donner la description de l'organisation des sangsues ; des espèces ou variétés principales qu'elles présentent ; indiquer les moyens de les conserver et de les multiplier.

—

La sangsue *(hirudo sanguisuga)* est un animal aquatique articulé, de la classe des annélides, et rangé par Duméril dans la famille des endobranches.

Son corps allongé, rétractile, mou, plane en dessous, convexe en dessus, est recouvert d'une peau très-fine, composée de lames distinctes et susceptibles de contraction. On trouve à la surface cutanée externe des glandes destinées à sécréter des mucosités propres à faciliter les mouvements de l'annélide. Deux plans de fibres entrent dans la composition du système musculaire : les premières, entrecroisées, forment entre elles une espèce de lacis ; les secondes, plus fortes que les précédentes, sont disposées longitudinalement.

Deux disques, dont l'un antérieur et l'autre postérieur, terminent le corps de la sangsue. Celui-ci n'est qu'un organe de progression et de station ; au centre de l'autre se trouve l'ouverture buccale, armée de dents aiguës, distribuées elles-mêmes en deux rangs sur trois petites mâchoires cartilagineuses. Ces parties sont recouvertes par deux lèvres de forme semi-circulaire : la supérieure, bien plus étendue que l'inférieure, peut se recourber sur celle-ci et dérober par-là la bouche de l'animal à l'action

des corps extérieurs. Ces lèvres se replient sur elles-mêmes au moment où il se prépare à opérer la succion.

Le canal intestinal est dépourvu de circonvolutions; il s'étend directement de la bouche à l'anus. Nous ferons toutefois remarquer que, vers son tiers postérieur, il se divise en trois poches munies à leurs ouvertures de valvules destinées à séparer les excréments des aliments. De ces poches deux sont latérales et plus grandes que la troisième ou moyenne; celle-ci, qui se trouve percée, se termine à la partie supérieure du disque postérieur et constitue le rectum.

Les sangsues sont des animaux à sang rouge, sans cœur. Quatre vaisseaux longitudinaux, dont l'un dorsal, l'autre abdominal et deux latéraux, constituent, en grande partie du moins, leur système vasculaire. Celui-ci est complété par deux ordres d'autres vaisseaux, savoir : ceux au moyen desquels les quatre principaux communiquent entre eux, ce sont les branches *abdomino-dorsales, latéro-abdominales* ou *latéro-dorsales* de Dugès, et les ramifications qui se distribuent aux différentes parties. On n'y trouve pas de vaisseaux à sang noir.

Les sangsues ne respirent pas par la bouche; la fonction de l'hématose s'exécute chez elles au moyen de petites vessies, situées à la face inférieure et sur les parties latérales de leur corps. D'un côté, ces vésicules s'ouvrent à l'extérieur par un petit conduit, dont il est facile d'observer l'orifice à la surface de la peau; elles communiquent, de l'autre, avec de petites branches venant des vaisseaux latéraux. C'est ainsi que le sang se trouve soumis à l'influence de l'air atmosphérique.

Un long cordon partant de l'orifice oral et s'étendant jusqu'à l'anus, en côtoyant le canal digestif, et offrant sur son trajet divers renflements ganglionnaires, d'où naissent des filets qui vont se distribuer à tous les organes : tel est l'appareil nerveux de l'annélide qui nous occupe.

Les sangsues sont androgynes, ovipares; la propagation de l'espèce nécessite le concours de deux individus; les organes génitaux occupent la partie antérieure de l'abdomen. L'appareil mâle est situé devant l'appareil femelle. Le premier se compose de deux testicules formés par l'agglomération d'un canal particulier; de vésicules séminales supplémentaires

constituées par la dilatation de ce même canal en arrière (M. Moquin-Tandon); de vaisseaux déférents, s'étendant des testicules à l'orifice de la verge; de vésicules séminales proprement dites, situées entre les testicules, tout près de l'orifice de l'organe mâle, et d'une verge souvent très-longue, avec sa gaîne prépuciale.

Le second appareil générateur offre l'ouverture de la vulve, à laquelle fait suite le vagin; celui-ci présente à sa partie supérieure un renflement où aboutissent les trompes terminées par les ovaires.

Parmi les hirudinées on ne peut employer en médecine que celles dont les mâchoires sont armées de dents. Savigny a fait de celles-ci un genre à part, sous le nom de *sanguisuga*. Les plus employées de ce genre sont :

1° La sangsue officinale (*sanguisuga officinalis*), connue aussi sous le nom de sangsue *verte*.

Son fond est d'un vert plus ou moins clair, avec six bandes de couleur très-variable; les latérales supérieures sont quelquefois découpées en taches assez régulières; son ventre est d'un vert jaunâtre, sans aucune tache.

M. Moquin-Tandon a distingué ici trois variétés : dans la première, les bandes dorsales sont interrompues de distance en distance; dans la seconde, ces mêmes bandes sont parsemées de points noirâtres en plus ou moins grande quantité; dans la troisième, des mouchetures transversales réunissent les mêmes bandes dorsales.

2° La sangsue médicale (*sanguisuga medicinalis*), désignée encore sous la dénomination de sangsue *grise*.

Son corps est long de trois à quatre, cinq et même six pouces, composé de quatre-vingt-quatorze anneaux bien distincts et garnis de petits mamelons obtus et latéraux. La couleur est extrêmement variable pour le fond de la robe, qui peut être vert clair, vert grisâtre et même d'un noir plus ou moins foncé; mais toujours orné de bandes longitudinales plus ou moins évidentes.

M. Moquin-Tandon signale encore comme appartenant au genre *sanguisuga* :

A. La sangsue obscure (*sanguisuga obscura*). Son dos est d'un brun

foncé ; son ventre, de couleur verdâtre, est parsemé de petits points noirs ; le pourtour des segments présente des mamelons grenus.

B. La sangsue interrompue (*sanguisuga interrupta*). Son dos, de couleur verdâtre, présente supérieurement des taches isolées ; son ventre, ordinairement jaunâtre et quelquefois tacheté de noir, présente sur ses côtés deux bandes noires en zig-zag.

La sangsue noire, sangsue de cheval (*hirudo sanguisuga*), rangée par Savigny dans le genre *hæmopis* sous le nom de *hæmopis vorax*, ne doit pas être confondue avec les véritables sangsues que nous venons de décrire. Son corps d'une couleur olivâtre est lisse, déprimé; son dos marqué de six bandes foncées, son ventre d'un noir verdâtre.

On conserve les sangsues dans des réservoirs ou des vases remplis d'eau, en observant de ne pas mettre plus de deux cents sangsues pour six pintes de liquide. Celui-ci doit être changé une fois par semaine en hiver, deux fois en été, et de deux jours l'un par les grandes chaleurs : la tenue du vase nécessite de grands soins de propreté. La matière muqueuse qui se dépose sur ses parois et les individus morts doivent être soigneusement enlevés. Il faut avoir la précaution de placer le vase dans un lieu frais, à l'abri des rayons solaires, et d'employer toujours de l'eau à la même température, la plus voisine possible de zéro.

Plusieurs ont recommandé de mettre dans l'eau quelque substance pouvant servir à la nourriture des sangsues. Les Allemands y font dissoudre de la cassonnade ; d'autres y mettent du sang. Nous ne voyons pas l'utilité de cette précaution.

Le procédé de Derheims pour la conservation des sangsues nous paraît trop ingénieux pour le passer sous silence. Il les met dans un petit réservoir de forme oblongue : à l'une de ses extrémités, et vers le milieu de sa hauteur, se trouve fixée une tablette sur laquelle est fixée une couche de mousse, avec de petits cailloux ; une autre couche beaucoup plus épaisse, composée de mousse, de tourbe, de charbon de bois, et fixée de la même manière, occupe le fond du bassin. On ne donne juste à celui-ci que l'eau suffisante pour que le lit de mousse qui recouvre la tablette ne soit qu'humecté. Une toile de crin à mailles serrées, et fixée

sur le réservoir, prévient la sortie des sangsues. L'eau et les tapis de mousse sont changés de temps en temps.

Les sangsues, en traversant la fourrure de mousse, se débarrassent de leurs mucosités, et l'emploi du charbon prévient la putréfaction de cette matière animale.

On favorise leur reproduction en les plaçant dans de grands viviers garnis d'argile-glaise, où elles déposent leurs œufs en été et s'ensevelissent pendant l'hiver.

M. Achard, pharmacien à la Martinique, se sert d'une très-grande cuve en bois, autour et au-dessus de laquelle se trouvent pratiquées des ouvertures grillées; le fond de la cuve est recouvert d'une couche d'argile de consistance de pâte molle, recouverte à son tour d'une certaine quantité d'eau, dans laquelle il a pu mettre jusqu'à deux mille individus.

Les jeunes sangsues qui s'y sont développées ont pu être employées au bout d'un an.

SCIENCES MÉDICALES.

Des propriétés des membranes muqueuses.

Les muqueuses, rangées par Bichat dans la classe des membranes simples, doivent leur nom au fluide qui lubrifie leur surface libre, fluide qui est sécrété par de petites glandes, ou mieux par des follicules dits *mucipares*. C'est d'après cette dernière circonstance que Chaussier a appelé les muqueuses *membranes folliculeuses*.

Ces membranes tapissent l'intérieur des organes creux, et communiquent avec l'extérieur en venant se confondre insensiblement avec la peau au niveau des ouvertures naturelles. Elles ont été divisées par l'immortel auteur du *Traité des membranes*, en système muqueux gastro-pulmonaire, et système muqueux génito-urinaire.

La couleur des muqueuses varie depuis le blanc jusqu'au rouge, non-seulement dans les diverses parties du système, mais encore dans le même organe, l'estomac par exemple; leur consistance est en général mollasse et fongueuse; leur ténacité est médiocre; leur épaisseur n'est pas la même partout. Elles se putréfient avec promptitude, et se reproduisent avec facilité lorsqu'une cause morbide les a détruites. D'après Béclard, elles jouissent d'une contractilité tonique à un plus haut degré que le tissu cellulaire; leur sensibilité est obscure et vague, mais elles sont très-sensibles aux orifices naturels, et dans certains endroits elles jouissent d'une sensibilité spéciale. Voici comment cet auteur étudie leurs fonctions: 1° sécrétion

qui est perspiratoire et folliculaire, les produits variant un peu suivant les parties; 2° absorption très-active; 3° mouvements de contraction tonique augmentés dans la plupart des parties par l'action des plans musculaires subjacents; 4° siége des sentiments de besoin ou des appétits.

La surface libre des muqueuses est destinée à se trouver en contact avec des corps qui sont introduits du dehors, ou avec des matières excrémentitielles; le mucus qui enduit cette surface garantit la membrane de l'impresssion nuisible de ces corps. Aussi, comme l'observe Bichat, les fluides muqueux sont plus abondants là où les corps séjournent plus long-temps, dans la vessie, à l'extrémité du rectum, etc., que là où ils ne font que passer, dans l'urètre, les conduits excréteurs en général; et, s'il arrive qu'on place un corps dans un conduit muqueux, on verra se faire une sécrétion plus abondante de mucosités dans ce conduit, afin de le préserver d'une action malfaisante. Cette sécrétion résulte de l'excitation du conduit excréteur qui met en jeu la sensibilité organique des follicules mucipares. Qui ne connaît, d'ailleurs, la sympathie qui existe entre les conduits excréteurs et les glandes, ou les réservoirs annexés à ces glandes? C'est ainsi que l'écoulement de la bile augmente au moment où les aliments passent dans le duodénum, etc. On pourrait donner des exemples très-multipliés de cette action exercée sur les glandes par l'excitation de l'extrémité des conduits muqueux.

La sécrétion est continuelle dans les membranes muqueuses, et par cette raison elles doivent être regardées comme un des grands émonctoires de l'économie.

Tous les praticiens reconnaissent l'analogie, la solidarité qui existe entre les fonctions et les affections des muqueuses, et celles de la peau, membrane dont la structure diffère peu de celle des muqueuses. Lorsque par une cause quelconque les fonctions de la peau s'exécutent avec peine, la muqueuse fonctionne avec plus d'énergie; dans l'hiver, on observe une exhalation pulmonaire plus marquée, les sécrétions internes sont plus abondantes, la digestion plus active, l'appétit plus vif. Le contraire a lieu en été : diminution, manque d'énergie dans les muqueuses, lenteur des phénomènes digestifs. Remarquons que si, dans cette dernière circons-

tance, la peau éprouve un froid subit, il peut très-bien s'ensuivre une sur-excitation vive sur les surfaces muqueuses, et si la cause du froid persiste pendant un temps assez long, une inflammation peut se déclarer. Ces effets d'un changement de température, du chaud au froid, seront encore mieux compris si l'on note que, pendant la saison chaude, l'organisme est très-facilement influencé par un air froid. « Une chaleur habituelle fait » perdre à l'homme, comme à tous les animaux à sang chaud, un peu » de sa faculté de produire de la chaleur, de même qu'un froid modéré » accroît cette faculté : c'est pour cela que les abaissements subits de tem- » pérature sont plus préjudiciables en été qu'en hiver. Ce résultat auquel » conduit le raisonnement, et que l'observation de tous les temps a mis » hors de doute, est encore appuyé par les expériences de M. Edwards. » Ce physiologiste a soumis, pendant l'été, des oiseaux adultes à l'action » d'un froid artificiel, et a reconnu qu'au bout de trois heures ils avaient » perdu, terme moyen, de 5 à 6 degrés de leur température primitive, » tandis qu'en hiver le refroidissement n'atteignait pas un demi-degré. » (Londe, *Eléments d'hygiène.*)

On ne peut pas dire que le refroidissement plus marqué en été soit dû à l'évaporation qui se fait par la peau, puisque dans l'expérience précitée cette vaporisation est empêchée par le froid artificiel; c'est que réellement l'économie ne fournit point autant de chaleur en été, et que, le froid la surprenant dans une pareille circonstance, il se manifeste un abaissement de température assez prompt et assez marqué. Il nous serait facile de nous expliquer cet état dans lequel se trouve la calorification, si nous portions notre examen sur les organes respiratoires, quoique nous ne pensions pas que les poumons constituent eux seuls la source de la chaleur.

Les affections des muqueuses, qui sont principalement de nature catarrhale, se font remarquer dans les changements brusques de température, surtout du chaud au froid : c'est ce qu'on voit tous les jours chez les individus qui sortent d'un appartement bien chaud, d'une salle de spectacle, par exemple, et qui sont de suite exposés à une température froide. L'effet sera plus certain encore, si à ce froid se joint le déplacement des couches atmosphériques, nous voulons dire les vents : et cela se conçoit [illegible]

On s'explique aussi très-facilement l'apparition de certains catarrhes le matin, lorsque la veille on était dans la plus parfaite santé; il suffit pour que la chose arrive que le sujet ait rejeté les couvertures pendant la nuit. La manière d'être des muqueuses, comme celle de la peau, peut être soumise aux influences de l'habitude.

L'irritabilité des muqueuses diminue dans la vieillesse; c'est alors qu'on observe le catarrhe pur, le véritable flux muqueux.

La position superficielle des vaisseaux sanguins dans les muqueuses nous rend compte de la fréquence des hémorrhagies, soit symptomatiques, soit succédanées, etc., qui se font par cette voie. L'état de la coloration de ces membranes peut nous indiquer l'état de la circulation.

Une excitation exercée sur un point de la surface muqueuse détermine, dans un autre point, des sympathies que Bichat distingue : 1° en sympathie de *sensibilité*, 2° sympathie d'*irritabilité*, 3° sympathie de *tonicité*.

L'inflammation des muqueuses augmente assez généralement la quantité du mucus et en change la qualité. La production du pus peut avoir lieu sans ulcération; le pus peut être pur ou mêlé au mucus.

L'inflammation couenneuse s'observe plus rarement que dans les séreuses; elle se déclare cependant sur la muqueuse des voies aériennes, dans certains cas.

Les muqueuses sont aussi quelquefois le siége d'un exanthème interne, étudié par M. Bretonneau. On a fréquemment occasion d'observer sur la muqueuse de certaines parties, des aphthes, des polypes.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Examiner si deux ou plusieurs maladies coexistantes qui s'influencent dans leur marche et dans leurs symptômes, s'influencent également dans les altérations organiques qui les représentent.

—

Si nous examinons isolément, et en faisant abstraction de l'une d'elles, deux maladies qui s'influencent dans leur marche et dans leurs symptômes, nous ne verrons dans cette marche et dans ces symptômes rien qui ne puisse se retrouver dans la même maladie existant isolée. Nous pouvons analogiquement conclure qu'il en sera de même pour les altérations cadavériques dans chacune de ces maladies.

Prenons pour exemple une bronchite chronique, influencée par une hypertrophie coexistante du ventricule droit dn cœur, nous aurons tous les symptômes d'une bronchite ordinaire, s'exaspérant comme l'affection du cœur; nous aurons aussi d'autres symptômes appartenant à l'hypertrophie cardiaque, et que nous pourrons encore abstraire. De même, à l'autopsie, nous trouverons les caractères anatomiques de la bronchite, ceux de l'hypertrophie du cœur; et si nous mettions les poumons d'un côté, le cœur de l'autre, il serait impossible de déterminer par aucun signe de qnelque valeur que la bronchite coexistait avec l'hypertrophie, et *vice versâ*.

Rien donc ne sera changé à la nature de l'altération; mais, par exemple, lorsque l'hypertrophie s'exaspérera, la bronchite en subira l'influence, et l'injection, la rougeur et d'autres altérations de la membrane muqueuse angmenteront d'intensité.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Examin.*	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, Président.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN, *Suppléant.*	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ.	*Médecine légale.*
RISUEÑO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE
BERTRAND.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Examinateur.*

MM. JAUMES.
POUJOL, *Exam.*
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES, *Suppl.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.